Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

31 016 Ziekenhuiszorg

Nr. 92

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 maart 2016

In het Algemeen Overleg (AO) over het faillissement van ziekenhuis De Sionsberg van 10 december 2014 (Kamerstuk 32 299, nr. 40) en in de brief «Curatieve zorg in krimpregio's» van 6 maart 2015 (Kamerstuk 29 247, nr. 200) heb ik toegezegd de faillissementen van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis uit Spijkenisse en ziekenhuis De Sionsberg uit Dokkum te evalueren. Het belangrijkste doel hiervan is om te leren van de ervaringen die bij beide ziekenhuizen zijn opgedaan vóór, tijdens en na het faillissement. Ik ga in deze analyse niet in op de oorzaken van beide faillissementen en op een eventueel daaruit voortvloeiende schuldvraag. Dat is aan de curatoren en in beide gevallen is hun definitieve faillissementsverslag nog niet afgerond. Wel heb ik mij met deze evaluatie een beter beeld kunnen vormen van de meer algemene ontwikkelingen die hebben bijgedragen aan het faillissement, de wijze waarop betrokken partijen met elkaar zijn omgegaan vóór, tijdens en na faillissement en over de effecten op de kwaliteit en continuïteit van zorg wanneer een ziekenhuis failliet gaat.
Dit beeld heb ik kunnen vormen aan de hand van interviews die medewerkers van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) hebben gehouden met leden van de oude en nieuwe raden van bestuur en raden van toezicht, cliëntenraden, de medische staven, cliëntenorganisaties, actiegroepen, zorgverzekeraars, externe toezichthouders, financiers, gemeenten, curatoren/bewindvoerders en het Waarborgfonds voor de Zorgsector[1]. De informatie uit deze interviews is verzameld en vervolgens geanalyseerd. Het resultaat daarvan treft u aan in deze brief. Daarin informeer ik u ook over de wettelijke verankering van de fraude-signalerende taak van de curator, zoals door mij is toegezegd in het Verslag van een Algemeen Overleg (VAO) over goed bestuur van 1 juli 2015 (Handelingen II 2014/15, nr. 103, item 6).

[1] Het overgrote deel van hen heeft de uitnodiging geaccepteerd, wat ertoe heeft geleid dat er 25 interviews zijn afgenomen (zie bijlage 1 voor een overzicht).

kst-31016-92
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

De interviews die zijn gehouden hebben mij een beter beeld gegeven van de factoren die spelen bij een faillissement van een ziekenhuis. Hoewel de impact voor direct betrokkenen zeer groot is geweest, stel ik wel vast dat bij beide faillissementen het zorgstelsel en het beleid ten aanzien van continuïteit van zorg goed hebben gefunctioneerd. Bij beide ziekenhuizen hebben zorgverzekeraars hun zorgplicht goed weten in te vullen en zijn patiënten voor zover nodig elders ondergebracht. De kwaliteit en toegankelijkheid van zorg is daarbij niet in het geding geweest, zeker ook dankzij de grote inzet van de betrokken medewerkers. Zij hebben ondanks alle onzekerheid hard doorgewerkt en dat verdient complimenten.

Beide faillissementen hebben geleid tot een doorstart. Daarbij is de zorg beter dan voorheen afgestemd op vraag en aanbod en wordt meer regionaal samengewerkt. Uit de gesprekken met de vele betrokkenen blijkt ook dat het faillissement zelf en de gevolgen daarvan door iedereen anders is beleefd. In deze brief doe ik verslag van de rode draad uit al deze gesprekken. Ik begin daarbij met de belangrijkste conclusies en te nemen acties. Verderop in de brief worden deze verder uitgewerkt.

Conclusies

- Een ziekenhuis exploiteren vraagt om bestuurlijk leiderschap en visie om risico's goed af te dekken en te doen wat nodig is voor een gezonde financieel-economische exploitatie op de langere termijn. Bestuurders moeten daarnaast oog hebben voor de publieke belangen en in verbinding staan met de lokale en regionale samenleving. Het vraagt ook om kritische interne toezichthouders die de organisatie en haar omgeving goed kennen.
- Fusies tussen ziekenhuizen zijn vaak niet de oplossingen voor de problemen. Fusies vragen daarnaast om een doortimmerde en gedragen bestuurlijke visie. Pas dan kan daadwerkelijk synergie plaatsvinden die in het belang is van de patiënt en het ziekenhuis.
- Een constructieve samenwerking tussen medische staf en raad van bestuur is van essentieel belang. Beide partijen moeten elkaar vertrouwen en elkaars rol respecteren. Gelijkgerichtheid tussen medische staf en bestuur is cruciaal. Dat vraagt ook om investeren in een cultuur van samenwerken.
- Op een gegeven moment kan een faillissement – gegeven de omstandigheden – onvermijdelijk worden. De ervaringen met zowel de Sionsberg als het Ruwaard van Putten Ziekenhuis tonen aan dat faillissementen tot een nieuw evenwicht kunnen leiden, waarbij ruimte is voor aanpassingen in het zorgaanbod die kennelijk niet op tijd door de zorginstelling zelf konden worden aangebracht.
- Bij een faillissement is het belangrijk dat de betrokken partijen -met name de zorgverzekeraars, aanbieders en cliënten- zo goed mogelijk op één lijn proberen te komen rondom de vraag wat er met het (zorgaanbod van het) ziekenhuis moet gebeuren. Een duidelijke en gedragen visie daarbij helpt heel erg. Een dergelijke visie draagt bij aan de efficiëntie en effectiviteit van een overnameproces, en de acceptatie daarvan door de samenleving.
- Faillissementen of de dreiging daarvan zijn nooit goed voor de kwaliteit van zorg, omdat het de aandacht van het primaire proces van een ziekenhuis afleidt. Wanneer een ziekenhuis in zwaar weer geraakt en kwaliteit en veiligheid daardoor onder druk komen te staan, is verscherpte aandacht vanuit de IGZ noodzakelijk.
- Ten aanzien van de continuïteit van (acute) zorg heeft het ROAZ zich bewezen als nuttig platform waar zorgaanbieders en verzekeraars gezamenlijk het zorgaanbod in de regio in kaart brengen. Dat is van essentieel belang om ook een beeld te krijgen van de mogelijke

capaciteitsproblemen die kunnen ontstaan als gevolg van een ziekenhuisfaillissement.

- Een goede en zorgvuldige communicatie door de zorginstelling voor, tijdens en na een faillissement is van groot belang, vooral gezien de maatschappelijke onrust die in een regio ontstaat bij het wegvallen van een ziekenhuis. Heldere en zakelijke informatie over wat er wel en niet kan, helpt om onnodige onrust tegen te gaan.
- Voor het overnameproces bestaan grofweg twee methoden: een doorstart op basis van een pre-pack of een open inschrijving. Een pre-pack betekent dat er vóór het faillissement een stille bewindvoerder is aangesteld die heeft onderzocht welke mogelijkheden er waren voor een doorstart van het ziekenhuis. Beide methoden hebben voor- en nadelen. Voor het opteren van een van beide methoden is het van belang dat er een zorgvuldige afweging wordt gemaakt welke constructie in een bepaalde situatie wenselijk is.
- De ontwikkeling dat zorgverzekeraars meer meerjarencontracten afsluiten met zorgaanbieders wil ik blijven bevorderen. Dit draagt bij aan meer bestaanszekerheid van zorginstellingen in het algemeen en ziekenhuizen in het bijzonder, waardoor banken ook eerder geneigd zullen zijn om te blijven investeren in de zorg. Onderdeel van meerjarencontracten kan herschikking van de zorg zijn. Met een meerjarenperspectief en een deugdelijk afbouwtraject is hier veel winst te behalen.
- Met de drie wetsvoorstellen die op initiatief van de Minister van Veiligheid en Justitie thans bij de Tweede en Eerste Kamer ter behandeling voorliggen, is de fraudesignalerende taak van de curator naar mijn oordeel voldoende geborgd. De voorgestelde versterkingen zullen leiden tot een zwaarder accent op het aanpakken van eventuele faillissementsfraude.

Te nemen acties

- De verantwoordelijkheid voor een goede en duurzame bedrijfsvoering van het ziekenhuis ligt primair bij de zorgbestuurders. Aandacht voor de wijze waarop zij invulling geven aan goed bestuur blijft noodzakelijk. Met de agenda goed bestuur in de zorg geef ik samen met de brancheorganisaties invulling aan een vernieuwing van de zorgbrede governancecode en wordt bijgedragen aan een cultuur van verdere professionalisering onder bestuurders en interne toezichthouders door middel van accreditatie-instrumenten.
- Het aanbod van zorg in krimpregio’s blijft specifieke aandacht van alle betrokken partijen vergen. In mijn brief aan uw Kamer van 6 maart 2015 (Kamerstuk 29 247, nr. 200) en mijn voortgangsbrief van 26 januari 2016 (Kamerstuk 29 247, nr. 216) heb ik aangegeven welke maatregelen ik neem om de zorg in krimpregio’s op peil te houden.
- De wachttijden voor de ziekenhuizen in de omgeving van de Sionsberg zijn voor de polikliniek en een beperkt aantal behandelingen toegenomen. Sommige liggen boven de Treeknorm. Verzekeraars moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden binnen de Treeknormen geholpen worden. Dat is onderdeel van hun zorgplicht en daar houd ik ze aan. Daar waar wordt geconstateerd dat wachttijden structureel boven de Treeknorm zitten, zal de NZa het gesprek aangaan met de betreffende zorgverzekeraar(s) en deze aanspreken op zijn zorgplicht.
- Curatoren hebben doorgaans weinig ervaring met het afwikkelen van faillissementen van ziekenhuizen. De afwikkeling van een faillissement in de zorg kent allerlei bijzondere haken en ogen. Om de lessen die zijn opgedaan bij de faillissementen van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis en het ziekenhuis de Sionsberg zoveel mogelijk breed beschikbaar te stellen, zal ik in overleg met de betrokken curatoren, de IGZ en de NZa een draaiboek laten opstellen. Dat kan helpen om bij de

afwikkeling van mogelijke toekomstige faillissementen rekening te houden met alle belangen.

- De zorgplicht van de verzekeraar is één van de belangrijkste publieke randvoorwaarden in het zorgstelsel die de rechtspositie van de verzekerde consument moeten waarborgen. Het is deze zorgplicht waar zorgverzekeraars op aanspreekbaar blijven, ook als een zorginstelling in financiële problemen verkeert of in een faillissement terechtkomt. Daarbij komt dat artikel 13, vijfde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat wanneer een verzekerde een behandeling bij een zorgaanbieder is gestart, hij recht heeft op het voortzetten van deze behandeling ook in het geval de zorgverzekeraar de overeenkomst met diezelfde zorgaanbieder naderhand beëindigt. Acute liquiditeitsproblemen mogen er niet toe leiden dat zorg aan patiënten in het gedrang komt. Met name bij de casus van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis kwam naar voren dat de bewindvoerders/curatoren een sterk appel moesten doen op de zorgverzekeraars om voldoende bevoorschotting te krijgen om de zorg aan patiënten te kunnen blijven leveren. Met name in acute situaties van liquiditeitstekort ben ik van mening dat zorgverzekeraars extra alert moeten reageren en alles moeten doen om hun wettelijke verplichtingen goed te vervullen. Daarom ga ik ook met zorgverzekeraars in overleg hoe zij dergelijke mogelijke fricties in de vervulling van die plicht op gaan lossen.
- Bij een faillissement van een ziekenhuis verloopt automatisch de medische aansprakelijkheidsverzekering. Indien het ziekenhuis na faillissement open blijft, zal het ziekenhuis deze opnieuw moeten afsluiten. Daarbij zijn belemmeringen ervaren voor het afsluiten van een «uitloopverzekering». Ik zal in overleg treden met de schadeverzekeraars om te bezien hoe dit probleem tot een oplossing kan worden gebracht.

Beleid rondom instellingen in financiële problemen

Naar aanleiding van de lessen die zijn getrokken uit ondermeer de financiële problemen bij Meavita en het IJsselmeerziekenhuis is het beleidskader «Waarborgen voor continuïteit van zorg» opgesteld, dat in april 2011 aan uw Kamer is gezonden[2]. In dit beleidskader staan de rollen, taken en verantwoordelijkheden beschreven van partijen die betrokken zijn bij situaties waarin een zorgaanbieder financiële problemen heeft. De kern daarbij wordt gevormd door de vrijheid die bestuurders van zorgaanbieders in Nederland hebben om keuzes te maken die bijdragen aan verantwoorde zorgverlening. Daarbij zijn zij ook verantwoordelijk voor de financiële consequenties van die keuzes. In het uiterste geval betekent dit dat een zorgaanbieder failliet kan gaan.

Dat neemt niet weg dat ook andere partijen verantwoordelijkheden hebben wanneer duidelijk wordt dat een zorginstelling in financiële problemen verkeerd: zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht (artikel 11 lid 1 Zvw) en moeten ervoor zorgen dat hun verzekerden na een faillissement elders de benodigde zorg kunnen krijgen. De NZa houdt toezicht op de naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars.

[2] Kamerstuk 32 620, nr. 10. «Waarborgen voor continuïteit van zorg». Sinds 1 januari 2014 is dit beleid ook wettelijk vastgelegd via de «Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg, de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg alsmede in verband met het aanscherpen van procedures met het oog op de kwaliteit en bereikbaarheid van zorg».

De Minister van VWS heeft voorts een specifieke verantwoordelijkheid voor het waarborgen van cruciale zorg[3] wanneer een instelling die cruciale zorg biedt failliet is gegaan, er (nog) geen andere aanbieder(s) bereid is/zijn om deze zorg over te nemen én de zorgverzekeraar niet in staat is om op een andere manier aan zijn zorgplicht te voldoen (overmacht). In dat uitzonderlijke geval zal het Ministerie van VWS een vangnetstichting in het leven roepen.
Kortom, het Ministerie van VWS levert geen financiële steun aan ziekenhuizen of andere zorginstellingen om daarmee een faillissement te voorkomen, maar waarborgt alleen de continuïteit van cruciale zorg voor patiënten/cliënten indien een zorgverzekeraar daar door overmacht niet toe in staat is. Met onderhavige evaluatie is bij betrokkenen nagegaan in hoeverre het continuïteitsbeleid goed heeft gewerkt of mogelijk aanscherpingen behoeft.

Feitelijke beschrijving van beide cases

Ruwaard van Putten-ziekenhuis

Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis in Spijkenisse was een algemeen ziekenhuis dat in 1990 is opgericht. Het bediende een gebied van ca. 175.000 inwoners en was het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een groot deel van het Rotterdamse havengebied. Er werkten voor het faillissement circa 70 specialisten en ruim 1000 medewerkers. Het ziekenhuis had ruim 250 bedden. In 2008 werd de intensive-care afdeling van het ziekenhuis gesloten omdat er onvoldoende gespecialiseerde artsen waren. Enkele jaren later, op 13 november 2012, volgde de sluiting van de afdeling cardiologie als gevolg van problemen met de kwaliteit van zorg. Omdat er in het ziekenhuis op dat moment meerdere problemen speelden, waaronder verdeeldheid binnen de (medische) staf, besloot de IGZ het ziekenhuis op 14 november 2012 onder verscherpt toezicht te plaatsen. Het ziekenhuis had al van doen met een teruglopend patiëntenaantal. Door de negatieve publiciteit rondom het ziekenhuis en de sluiting van de bovengenoemde afdelingen, zette die daling door. Mede als gevolg daarvan verslechterden de exploitatiecijfers. Uiteindelijk leidden de financiële problemen op 24 juni 2013 tot het faillissement van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis. Op diezelfde dag werd bekend gemaakt dat het ziekenhuis werd overgenomen door drie andere ziekenhuizen uit de regio (Maasstad Ziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis). Het ziekenhuis gaat sinds die tijd verder onder de naam «Spijkenisse Medisch Centrum».

Ziekenhuis De Sionsberg

Ziekenhuis De Sionsberg bestond voor het faillissement al zo'n 58 jaar. Het was met 138 bedden lange tijd het kleinste ziekenhuis van Nederland en had een relatief klein adherentiegebied van tussen de 40.000 en 60.000 mensen. Na een periode in 2011 waarin De Sionsberg wegens kwaliteitsproblemen onder verscherpt toezicht van de IGZ stond, sloot het ziekenhuis in 2012 de afdelingen acute zorg en klinische cardiologie. Die sluitingen waren één van de oorzaken van een sterk dalende omzet van het ziekenhuis. Ondanks investeringen vanuit zorgverzekeraar De Friesland en ziekenhuis Nij Smellinghe te Drachten, is op 28 november 2014 het faillissement van Stichting Pasana, waar ziekenhuis De Sionsberg onderdeel van uitmaakte, uitgesproken.

---

[3] Cruciale zorg is die zorg waarvoor geldt dat wanneer zij (tijdelijk) niet (voldoende dichtbij) beschikbaar is, cliënten ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen of (bij langdurige zorg) ernstig worden belemmerd in hun dagelijks functioneren. Op dit moment is dat Wlz-zorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, ambulancezorg en crisis GGZ.

Op 5 januari 2015 hebben de curatoren bekend gemaakt dat een doorstart van het ziekenhuis, in afgeslankte vorm, mogelijk was. Op 17 januari vond «De Sionsbergdag» plaats. In de aanloop daar naartoe hebben meer dan 2300 mensen (waaronder patiënten en zorgprofessionals) hun inbreng geleverd voor de toekomst van de zorg in Dokkum. Op de dag zelf hebben 300 bewoners en professionals met die input samen een plan opgesteld, dat de nieuwe eigenaren mee hebben genomen in de ontwikkeling van het medisch centrum de Sionsberg 2.0. Vervolgens hebben de curatoren en de nieuwe eigenaren (ZuidOostZorg, DC-groep en Cardiologie Centra Nederland) op 23 januari 2015 bekend gemaakt dat de benodigde contracten getekend waren en dat «Sionsberg 2.0» een feit was.

Resultaten van de evaluatie

De interviews die ten behoeve van de evaluatie zijn gehouden hebben veel informatie opgeleverd. De rode draden daarin geef ik weer vanuit de volgende invalshoeken: de (on)vermijdelijkheid van het faillissement, de kwaliteit en continuiteit van zorg, de gevolgen voor patiënten en bewoners, het proces van de overname, en het functioneren van het zorgstelsel.

De (on)vermijdelijkheid van het faillissement

Wat beide ziekenhuizen gemeen hebben, is dat zij – ondanks de landelijk stijgende zorgvraag – een langere periode voorafgaand aan het faillissement te kampen hadden met een verlies van patiënten aan omliggende ziekenhuizen. Uit de gesprekken is duidelijk geworden dat in beide ziekenhuizen desondanks forse investeringen zijn gedaan in verbouw en nieuwbouw. Daarmee zijn aanzienlijke risico's genomen, waarbij onvoldoende rekening lijkt te zijn gehouden met bredere ontwikkelingen in de zorg, zoals concentratie van meer complexe zorg, spreiding van eenvoudiger zorg, en de omslag van budgetfinanciering naar prestatiebekostiging. Het spreekt voor zich dat deze ontwikkelingen tezamen veel ondernemerschap vragen van zorgbestuurders. Voor beide ziekenhuizen geldt dat je achteraf zou kunnen zeggen dat er onvoldoende en te laat doortastende keuzes zijn gemaakt in het zorgprofiel van de instelling in relatie tot de zorgbehoefte in de regio. Dergelijke keuzes waren wel nodig om optimaal in te kunnen spelen op de veranderende omstandigheden. Daarbij lijkt in beide ziekenhuizen mee te hebben gespeeld dat het bestuur en de medische staf onvoldoende met elkaar in verbinding stonden om structurele aanpassingen in gezamenlijkheid van de grond te laten komen.

Ook kenmerkend voor beide ziekenhuizen is de imagoschade door kwaliteitsproblemen in de zorgverlening. Hierdoor is de neerwaartse spiraal van teruglopende patiëntenaantallen en exploitatietekorten verder versterkt, doordat huisartsen in de regio patiënten massaal hebben doorverwezen naar andere ziekenhuizen, of omdat patiënten daar zelfstandig voor opteerden.

In de gesprekken met betrokkenen uit beide ziekenhuizen kwam ook naar voren dat de raden van toezicht blijkbaar de koers van de raad van bestuur onvoldoende hebben kunnen corrigeren. Van een raad van toezicht mag verwacht worden dat zij de beleidskeuzes en de wijze waarop het ziekenhuis wordt geleid kritisch volgt, ook met uit eigen waarnemingen verkregen informatie. Dit vraagt voldoende expertise en vaardigheden van interne toezichthouders. In de praktijk bleken de raden van toezicht op tamelijk grote afstand te staan, waardoor signalen uit de haarvaten van beide zorginstellingen onvoldoende werden opgepikt of niet juist konden worden geïnterpreteerd. Het beperkte aantal contrac-

turen waarbinnen toezichthouders hun functie moeten vervullen speelde daarbij mogelijk een rol.

Fusiebewegingen

Beide ziekenhuizen richtten zich op samenwerking met andere ziekenhuizen om de continuïteit van zorg voor de langere termijn te waarborgen. In de verschillende interviews kwam naar voren dat deze samenwerking met andere ziekenhuizen niet door iedereen als een echte samenwerking werd ervaren. De bestuurlijke fusie van de Sionsberg met Nij Smellinghe is door sommige geïnterviewden als een overname door Nij Smellinghe ervaren; een overname die het verleggen van patiëntenstromen eerder versterkte. Volgens hen kregen door gebrek aan bestuurlijk leiderschap elkaar beconcurrerende maatschappen de ruimte om vanuit eigen belang te handelen.
Een zelfde soort ervaring is op te tekenen uit de gesprekken met betrokkenen in het Ruwaard van Putten-ziekenhuis. Hier gold, meer dan bij de Sionsberg, dat de samenwerking met het Maasstadziekenhuis acuut noodzakelijk was in verband met het op kwalitatieve gronden overnemen van de cardiologische zorg. Deze ontwikkeling heeft er ongetwijfeld toe bijgedragen dat patiënten die naast cardiologie ook op andere zorg waren aangewezen, ook voor die zorg zijn overgegaan naar het Maasstadziekenhuis. Voor het Ruwaard van Putten-ziekenhuis betekende de sluiting van de afdeling cardiologie een structurele omzetdaling van wel 30%, waardoor het ziekenhuis moeilijk op korte termijn rendabel te houden of te maken was.

De kwaliteit van de zorg

Dat er vanuit de IGZ extra aandacht is voor de kwaliteit van zorg bij ziekenhuizen die zich in zwaar weer bevinden is vanuit het risico gestuurd toezicht bezien logisch en is ook door de geïnterviewden in algemene zin gewaardeerd. Het is niet voor niets dat de IGZ bij haar risicogestuurde toezicht ook financiële gegevens van de zorginstelling laat meewegen. Jaarlijkse exploitatietekorten, een slinkend eigen vermogen en dreigende liquiditeitsproblemen kunnen onmiskenbaar invloed hebben op de kwaliteit van de geleverde zorg. Aan een faillissement gaat meestal een periode vooraf waarin bedrijfsresultaten teruglopen en er tekorten ontstaan. Die periode is voor deze beide ziekenhuizen met de nodige hectiek gepaard gegaan. De tijd en energie van de gehele organisatie gaat dan meer zitten in het «hoofd boven water houden». Tijd en energie die anders in de kwaliteit van zorg had kunnen worden gestoken. In die zin is een faillissement en de fase daaraan voorafgaand nooit positief voor de kwaliteit van zorg. Er moet veel extra inspanning worden geleverd om de kwaliteit van zorg gedurende deze hectische periode op peil te houden. Deze inspanningen zijn bij beide ziekenhuizen ook geleverd, waardoor de zorg die nog werd geleverd ook verantwoord is geweest.
Het optreden van de IGZ is door de geïnterviewden als constructief en nuttig ervaren. Ook in de fase van doorstart is het nauwe contact, het oordeel en het advies vanuit de IGZ als noodzakelijk ervaren. Betrokkenen hebben aangegeven dat zij met name in de periode direct na het faillissement behoefte hadden aan zorginhoudelijke deskundigheid. Voor de IGZ is het van belang om enerzijds haar deskundigheid zo goed mogelijk in te zetten in het belang van kwaliteit en veiligheid van zorg, maar anderzijds wel haar rol als onafhankelijk toezichthouder te bewaken. Omdat zorginhoudelijke deskundigheid bij meer partijen aanwezig is, maar alleen de IGZ als extern toezichthouder de kwaliteit en veiligheid van zorg toetst, is deze laatste rol voor de IGZ dan ook doorslaggevend.

De continuïteit van de zorg

Naast de kwaliteit van zorg is de continuïteit en toegankelijkheid van zorg een belangrijk aandachtspunt wanneer ziekenhuizen in een faillissement terecht komen. Voor beide ziekenhuizen geldt dat de continuïteit van zorg, dankzij inspanningen van veel betrokkenen, nooit in het geding is geweest. In de allereerste plaats hebben de medewerkers, de artsen en verpleegkundigen er in beide ziekenhuizen voor gezorgd dat de zorg is doorgeleverd, ook op momenten van grote onzekerheid. Dat zegt enorm veel over de loyaliteit en het engagement van de mensen die werkzaam zijn in de zorg. Onder alle omstandigheden is de zorg naar de patiënt nooit verwaarloosd geweest.

Daarnaast konden de zorgverzekeraars in beide casus hun zorgplicht goed nakomen en was elders voldoende zorg ingekocht, waardoor ook de beschikbaarheid van voldoende en toegankelijke cruciale hulp – binnen de daarvoor geldende normen – was geborgd.

De NZa heeft in deze een belangrijke rol gehad als toezichthouder op de zorgplicht van zorgverzekeraars. De toezichthouder heeft uit hoofde van deze taak nauw contact gehad met die zorgverzekeraars die zorg hadden ingekocht bij het Ruwaard van Putten-ziekenhuis en ziekenhuis De Sionsberg en heeft bij beide faillissementen steeds in nauw contact gestaan met de IGZ.
Het Ruwaard van Putten Ziekenhuis stond als gevolg van de fusiebesprekingen met de omliggende ziekenhuizen op de radar bij de NZa. Vanaf het moment dat de NZa op de hoogte was van de financiële problemen en de problemen op het gebied van kwaliteit van zorg bij het Ruwaard van Putten Ziekenhuis heeft zij intensief contact gehouden met de betrokken zorgverzekeraars in het kader van het toezicht op hun zorgplicht. Gezien het al beperktere zorgaanbod in Dokkum en het feit dat er slechts één dominante zorgverzekeraar was, was de situatie bij de Sionsberg vanuit de optiek van de NZa overzichtelijker. Toen in het voorjaar van 2014 de eerste signalen bij de NZa bekend werden dat een faillissement van de Sionsberg tot de serieuze mogelijkheden ging behoren, heeft de NZa ook formeel gevraagd om met een plan te komen hoe in een dergelijk scenario de continuïteit van zorg geborgd zou kunnen worden. Dit plan is vervolgens gemaakt en uitgevoerd.

Wat De Sionsberg betreft hadden het faillissement en de bijbehorende wijziging in het zorgaanbod geen invloed op de 45 minutennorm voor spoedeisende hulp en acute verloskunde. Er was immers al in 2011 besloten om te stoppen met de spoedeisende hulp, de acute verloskunde en de OK faciliteit van De Sionsberg. Naar aanleiding van deze sluiting zijn er diverse maatregelen genomen om de acute zorg in de regio binnen 45 minuten te borgen. Zo is er onder andere een extra ambulancestandplaats gekomen in Metslawier, zijn afspraken gemaakt over het eerder insturen van zwangeren met een bepaald risicoprofiel en over de inzet van de helikopter van het mobiel medisch team (MMT) van het UMCG.

De SEH van het Ruwaard van Putten ziekenhuis was niet cruciaal in het kader van de 45 minuten norm. De Regionale Ambulancevoorziening (RAV) Rotterdam-Rijnmond heeft desondanks, in overleg met de verzekeraar, besloten om in ieder geval tijdelijk een extra ambulancecapaciteit in te zetten. Dit gebeurde uit voorzorg, om het capaciteitsverlies te compenseren dat ontstond door de langere rijtijden vanuit Voorne Putten naar andere ziekenhuizen in de regio. Met de inzet van een extra ambulance werd de beschikbaarheid van ambulancezorg op het eiland vergroot waardoor de ambulancezorg sneller ter plaatse kon zijn. Op basis van een analyse die de RAV en de verzekeraar vervolgens hebben

gemaakt van de rijtijden, is besloten om de inzet van deze extra ambulance permanent te maken.

De rol van het Regionaal overleg acute zorg (ROAZ)

Omdat er in het Ruwaard van Putten Ziekenhuis ook acute zorg werd geleverd en omdat er door het wegvallen van de cardiologische zorg een probleem zou kunnen ontstaan met betrekking tot de toegankelijkheid van zorg, heeft het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ) een belangrijke rol gespeeld in de afstemming van vraag en aanbod van acute zorg in de regio. Op basis van periodiek overleg werd in het ROAZ informatie gedeeld over vraag en aanbod van acute zorg in het belang van een goede bereikbaarheid en toegankelijkheid. Daarbij is op een gegeven moment ook rekening gehouden met een scenario waarin het Ruwaard van Putten Ziekenhuis zou omvallen. Bij deze overleggen sloten ook de betrokken zorgverzekeraars aan. Dat is als bijzonder nuttig ervaren, aangezien ook zorgverzekeraars vanuit hun zorgplicht aan hetzelfde werken. Afspraken in ROAZ-verband hebben er ook toe geleid dat de afdeling acute verloskunde in het net doorgestarte ziekenhuis nog een maand in de lucht is gehouden, toen bleek dat door werkzaamheden aan een essentiële brug in de omgeving de 45-minutennorm tijdelijk in gedrang zou komen.
Naar aanleiding van de ervaringen met het faillissement heeft het ROAZ de bestaande protocollen geëvalueerd en aangepast. Daarbij is het bijvoorbeeld wenselijk gebleken dat de acute zorg in de aanloop van een faillissement al eerder moet kunnen worden afgebouwd, met het oog op een meer geleidelijke overgang. Formeel is er namelijk pas sprake van een «witte vlek» op het moment dat de zorg echt is weggevallen (al dan niet tijdelijk). Een meer geleidelijke overgang vereist in de praktijk wel een open en transparante houding van ziekenhuizen over hun bedrijfseconomische positie. De praktijk heeft uitgewezen dat ziekenhuizen die zich in financiële problemen bevinden dat lastig vinden, aangezien zij alles op alles zetten om het hoofd boven water te houden en daar de levering van acute zorg juist voor nodig hebben.

De gevolgen voor patiënten en inwoners

Faillissementen gaan vaak gepaard met maatschappelijke verontwaardiging en onzekerheid bij de mensen die er (rechtstreeks) bij betrokken zijn. Dat is ook bij beide ziekenhuisfaillissementen gebleken. In de gesprekken met de bewonerscomités en cliëntenorganisaties is gebleken dat er met name onrust bestond over de vraag of zorg voor kwetsbare mensen, met name ouderen, chronisch zieken en mensen met een minimum inkomen, voldoende toegankelijk blijft. Een zorg die uiteraard vooral speelt in een krimpregio als Noordoost-Friesland waarin veel openbare voorzieningen als gevolg van vergrijzing en ontgroening onder druk staan. Het wegvallen van een ziekenhuis uit een woonplaats of regio appelleert – ondanks de waarborgen die er zijn met betrekking tot de continuïteit van zorg – aan een gevoel van onveiligheid. Om die reden is een goede communicatie tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en burgers van zeer groot belang.

De situatie in Friesland laat voor mij het belang zien van een actieve betrokkenheid van de lokale samenleving. Inbreng van verzekerden en samenwerking met gemeenten is belangrijk bij het bepalen van de zorgbehoefte. Op basis daarvan kan een zorgverzekeraar een visie opstellen over welke zorg er nodig is en ingekocht moet worden voor zijn verzekerden en hoe deze binnen betaalbare grenzen blijft. Het betrekken van burgers en het lokale bestuur acht ik essentieel voor het vergroten van de maatschappelijke acceptatie van noodzakelijke veranderingen in de

zorg. Daarnaast is het verplicht dat zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de gemaakte keuzes.
Het is van belang dat de input van verzekerden bij het vaststellen van het inkoopbeleid van zorgverzekeraars toeneemt. Dat geldt al helemaal in gebieden die te maken hebben met bevolkingskrimp. Als gevolg van de vergrijzing en ontgroening verandert de zorgbehoefte in deze gebieden en daar zal door alle betrokken partijen op moeten worden ingespeeld. In dit kader verwijs ik graag naar mijn brief aan uw Kamer van 6 maart 2015 en mijn voortgangsbrief van 26 januari 2016, waarin ik heb aangegeven welke extra maatregelen ik neem om de zorg in krimpregio's op peil te houden. Ook verwijs ik u naar de voortgangsrapportage Kwaliteit Loont (Kamerstuk 31 765, nr. 153), waarin ik rapporteer over mijn voorgenomen wetsvoorstel om de invloed van verzekerden te vergroten.

Veel geïnterviewden gaven echter ook aan dat een faillissement niet in alle gevallen vermeden kan worden. Hoe wrang de gevolgen voor het personeel ook zijn, kan het ruimte bieden voor noodzakelijke vernieuwing die zonder faillissement niet tot stand kon worden gebracht.
Wat in meerdere interviews naar voren is gekomen, is de wens van gemeenten, inwoners en cliënten om meer verbinding te hebben met de raden van toezicht, en daarmee ook invloed te hebben op het beleid van het ziekenhuis. Dat sterkt mij in de inspanningen om de kwaliteit van het interne toezicht in het kader van goed bestuur in de zorg verder ter hand te nemen. Het is voor elke zorginstelling van belang dat deze voldoende maatschappelijk is ingebed en signalen uit de lokale samenleving meeweegt in de uiteindelijke bestuurlijke afwegingen die moeten worden gemaakt. De commissie Halsema heeft het kabinet geadviseerd over goed bestuur in de semi-publieke sector en benadrukt dat raden van toezicht zich meer bewust moeten worden van hun maatschappelijke rol.

Ik heb gemerkt dat beide zorginstellingen sinds hun doorstart explicieter aandacht hebben voor de contacten met de samenleving. Men is zich bewuster dan ooit van goede contacten met de gemeente en met huisartsen in de omgeving (die patiënten vaak advies geven over het ziekenhuis waar ze naar toe kunnen gaan). Er wordt goed gekeken naar de lokale behoefte.

Ontwikkeling wachttijden voor medische ingrepen

In het debat in uw Kamer over het faillissement van De Sionsberg op 10 december 2014 heb ik uw Kamer toegezegd nader te zullen kijken naar de gevolgen van beide faillissementen voor de wachttijden voor medische handelingen waarvoor een Treeknorm[4] geldt. Hierover heb ik uw Kamer bij brief van 15 december van datzelfde jaar reeds over geïnformeerd. In het kader van deze evaluatie heb ik de NZa gevraagd de wachttijden tot en met het jaar 2015 te bezien en na te gaan wat het effect is op de gemiddelde wachttijden voor het faillissement en daarna.

Het is relevant om op te merken dat na de doorstart het zorgaanbod voor beide ziekenhuizen waar de Treeknorm voor geldt voor een belangrijk deel gelijk is gebleven. Voor de zorg die niet meer in beide ziekenhuizen wordt geleverd heeft de NZa gekeken naar de effecten. De wachttijden voor de ziekenhuizen in de omgeving van de Sionsberg zijn voor de polikliniek en een beperkt aantal behandelingen toegenomen. Sommigen liggen boven de Treeknorm. Het zorgaanbod van de ziekenhuizen rond het voormalige Ruwaard van Puttenziekenhuis is een stuk groter. Het veranderde zorgaanbod lijkt hier een beperkt negatief effect te hebben op de

[4] De Treeknorm is de maximale aanvaardbare wachttijd waarbinnen de cliënt zorg moet krijgen.

wachttijden. Patiënten kunnen in de regel in de omgeving binnen de Treeknorm geholpen worden.

Ziekenhuizen zijn verplicht de wachttijden voor zorg waarvoor een Treeknorm geldt te publiceren op hun website. Verzekeraars moeten als onderdeel van hun zorgplicht ervoor zorgen dat hun verzekerden binnen de treeknormen geholpen worden. Indien een patiënt bij een aanbieder niet binnen de Treeknorm geholpen kan worden, kan zowel een aanbieder als een verzekeraar, in het kader van zijn zorgplicht, een patiënt doorverwijzen naar een andere aanbieder waar wel voldoende capaciteit is. Een verzekerde kan zijn verzekeraar hier ook op aanspreken en vragen om bemiddeling naar een alternatief.

Ik houd zorgaanbieders en zorgverzekeraars eraan dat de zorg binnen de daarvoor gestelde Treeknormen beschikbaar is en ga er vanuit dat betrokken partijen daar in onderling overleg zorg voor dragen. Daar waar de NZa constateert dat dit niet leidt tot het gewenste resultaat, zal de NZa ook in dit geval het gesprek aangaan met de zorgverzekeraar en hem aanspreken op zijn zorgplicht.

Om nog beter zicht te krijgen op de wachttijden in de medisch specialistische zorg, is de NZa momenteel bezig om een onderzoek op te zetten dat nog dieper gaat dan de analyse die zij jaarlijks voor de Marktscan uitvoeren. In dit project kijkt de NZa of verzekeraars ten aanzien van de tijdigheid en bereikbaarheid van medisch specialistische zorg aan hun zorgplicht voldoen.

Het overnameproces

In de interviews is de vraag gesteld welke effecten de keuzen in het overnameproces van beide ziekenhuizen hebben gehad op de wijze waarop beide ziekenhuizen uiteindelijk de doorstart hebben gemaakt.

Pre-pack versus een open inschrijving

Bij het Ruwaard van Putten-ziekenhuis is het overnameproces verlopen via een zogenaamde «pre-pack». Dat betekent dat er vóór het faillissement een stille bewindvoerder is aangesteld die heeft onderzocht welke mogelijkheden er waren voor een doorstart van het ziekenhuis. Aangezien dit onderzoek al voorafgaand aan het faillissement plaatsvond, was het mogelijk om bijna direct na het faillissement van het Ruwaard van Putten ziekenhuis bekend te maken dat er een doorstart gemaakt zou worden via een consortium dat bestond uit het Maasstad Ziekenhuis, het Ikazia Ziekenhuis en het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis.
Bij ziekenhuis De Siosberg is er geen gebruik gemaakt van deze procedure. Nadat het faillissement van De Sionsberg was uitgesproken, heeft de curator onderzocht of een doorstart mogelijk was. De curator is daarbij een open inschrijving gestart: elke partij die geïnteresseerd was in het overnemen van het ziekenhuis, kon zich inschrijven en een plan presenteren. Vervolgens heeft de curator uit de verschillende inschrijvingen een keuze gemaakt en ongeveer zes weken na het faillissement bekend gemaakt dat het ziekenhuis in afgeslankte vorm zou worden doorgezet. Ondertussen is het ziekenhuis onder de eindverantwoordelijkheid van de curatoren opengebleven. De overnamepartijen waren zorginstelling ZuidOostZorg, DC Klinieken en Cardiologie Centra Nederland (CCN).

Beide strategieën hebben hun voor- en nadelen. Bij een pre-pack is meer tijd om een faillissement voor te bereiden en om de nodige maatregelen te treffen die leiden tot een snelle overname. Dat draagt onherroepelijk bij

aan het beperken van de maatschappelijke onrust. Het nadeel is dat bij een stille bewindvoering en een pre-pack niet iedere potentieel geïnteresseerde partij kan meedingen in een eventuele overname. Dat kan ook zorginnovatie in de weg staan.
De voor-en nadelen van een open inschrijving zijn precies omgedraaid. Omdat iedere geïnteresseerde partij de kans krijgt om een plan te presenteren en een bod te doen, is het overnameproces transparanter. Voorstanders zijn van mening dat daarmee de kans ook groter is dat er een innovatief plan gekozen wordt. Wel vraagt een overname na een meer open inschrijving een bijzondere inspanning van de curatoren. Tijdens de zoektocht naar geschikte overnamekandidaten blijft het ziekenhuis open en dat vraagt investeringen, zowel financieel als in de kwaliteit en veiligheid van de zorg die er gedurende deze periode wordt geboden. Ook is er in de beleving van burgers langere tijd onzekerheid over het mogelijke voortbestaan van het ziekenhuis.

Ik acht het behoren tot de verantwoordelijkheden van de rechter en van de curator om van geval tot geval te beoordelen welke constructie wenselijker is. Daarbij zullen zij de bestaande voor- en nadelen ook zeker laten meewegen.

Betrokkenheid van zorgverzekeraars

Een ander verschil tussen de faillissementen van beide ziekenhuizen was het aantal betrokken zorgverzekeraars. Waar er bij het Ruwaard van Putten-ziekenhuis verschillende zorgverzekeraars met een aanzienlijk marktaandeel betrokken waren (voornamelijk CZ, Achmea en VGZ), was er bij ziekenhuis De Sionsberg sprake van één dominante verzekeraar (De Friesland Zorgverzekeringen). Dat maakte dat er bij het faillissement van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis meer spelers betrokken waren die een sterke invloed hadden op het voortbestaan van het ziekenhuis en die daarover onderling tot een vergelijk moesten komen.

Een sterke rol van zorgverzekeraars bij de keuze voor een bepaald zorgprofiel van het ziekenhuis is essentieel. Het ligt besloten in ons zorgstelsel dat zorgverzekeraars, vanuit hun zorgplicht, een visie moeten hebben op de zorg in een regio en vanuit die visie de zorg voor verzekerden inkopen. In het geval van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis bleken er ook verschillen in visies te bestaan over de plek die het ziekenhuis in de regio zou moeten innemen en hoe de financiële randvoorwaarden daarvoor moesten worden gerealiseerd. Dat kwam vooral doordat in het gebied van Spijkenisse zorgverzekeraar CZ de dominante speler was en Achmea meer afzetgebied had in Rotterdam. Dat maakte dat hier veel meer energie ging zitten in het op één lijn krijgen van betrokken verzekeraars. De gezamenlijke regie over dit proces kwam in deze casus door de tegengestelde belangen moeizamer tot stand, hetgeen het doorstartproces heeft bemoeilijkt.

Het functioneren van het zorgstelsel

Eerder is al gerefereerd aan de rol van de overheid als stelselverantwoordelijke partij voor de zorg. De vraag of het stelsel rondom continuïteit van zorg goed functioneerde, is daarom ook nadrukkelijk onderdeel geweest van de gesprekken die zijn gevoerd.

Financiële situatie na het faillissement

Vanaf het moment dat de rechter bij het uitspreken van een faillissement een curator heeft aangesteld, is die curator verantwoordelijk voor de financiële afwikkeling van het faillissement. Wanneer het om een

ziekenhuis gaat, gelden daarbij eigen complicerende factoren die niet voor andere organisaties gelden. Eén van de complicerende factoren die uit de interviewronde naar voren kwam, was de financiering. Met name de curatoren van de Sionsberg gaven aan dat het relatief lang duurde voordat de DBC's werden gesloten en door de zorgverzekeraars werden uitbetaald. Daardoor waren er ten tijde van het faillissement minder liquide middelen om het ziekenhuis draaiende te houden, terwijl veel van de vaste lasten wel doorliepen. Hetzelfde speelde ook rond het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis. Aangezien er in het zorgstelsel toen nog geen ervaring was opgedaan met de technische afwikkeling van een dergelijk faillissement, waren er ook geen pasklare afspraken over het afsluiten van DBC's en de financiering tijdens de doorstartperiode. Inmiddels is door de NZa ondervangen dat DBC's doorlopen bij een faillissement en dat verzekeraars dan doorbetalen tot het moment dat de zorg door een andere partij wordt overgenomen. Ook heb ik maatregelen getroffen ter verkorting van de doorlooptijden van DBC's van 365 dagen naar 120 dagen. Hierdoor wordt een bijdrage geleverd aan het verkleinen van dit specifiek ervaren probleem.

Bij beide faillissementen zijn er door de verzekeraars uiteindelijk voorschotten verstrekt met het oog op de financiering van de te leveren zorg. Zeker in het geval van het faillissement van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis verliep dit proces echter niet zonder moeite. De bewindvoerders hebben aangegeven dat door liquiditeitstekorten kort voor het faillissement er problemen dreigden met de verantwoorde levering van de zorg aan die patiënten die voor hun zorg nog afhankelijk waren van het Ruwaard van Putten-ziekenhuis. Er is in de richting van de zorgverzekeraars een heel klemmend beroep gedaan, waardoor uiteindelijk de noodzakelijke zorg op een verantwoorde wijze kon worden gegeven. Maar de ervaring heeft geleerd dat dit proces soepeler kan en moet verlopen.

Ook als zorginstellingen zich in financiële problemen bevinden zijn zorgverzekeraars altijd aanspreekbaar op hun zorgplicht. Acute liquiditeitsproblemen mogen er niet toe leiden dat zorg aan patiënten in het gedrang komt. Dit betekent dat of patiënten elders moeten worden ondergebracht, of dat verzekeraars die middelen beschikbaar moeten stellen die nodig zijn om de noodzakelijke zorg in het betreffende ziekenhuis te blijven leveren. In dit verband regelt artikel 13, vijfde lid van de Zorgverzekeringswet dat wanneer een verzekerde een behandeling bij een zorgaanbieder is gestart, hij recht heeft op het voortzetten van deze behandeling ook in het geval de zorgverzekeraar de overeenkomst met diezelfde zorgaanbieder naderhand beëindigt. Om het in- en uitfaseren van zorg zo goed mogelijk te laten verlopen is het nodig dat zorgverzekeraars in nauw contact staan met het ziekenhuis dat richting een faillissement afstevent. Dat vraagt extra alertheid van de zorgverzekeraar. Daarom ga ik ook met zorgverzekeraars in overleg hoe zij dergelijke mogelijke fricties in de vervulling van de zorgplicht op dit punt gaan oplossen. Daarbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een frequentere bevoorschotting in perioden waarin acute liquiditeitstekorten spelen.

Aansprakelijkheidsverzekeringen

Bij een faillissement van een ziekenhuis verloopt automatisch de medische aansprakelijkheidsverzekering. Indien het ziekenhuis na faillissement open blijft, zal het deze opnieuw moeten afsluiten. Daarbij zijn belemmeringen ervaren voor het afsluiten van een «uitloopverzekering»: een verzekering die ervoor zorgt dat schade als gevolg van een medische handeling van vóór het faillissement, maar waarvan de gevolgen zich pas na faillissement openbaren, kan worden verhaald op de verzekering van vóór faillissementdatum. Een dergelijke verzekering kan

wel worden afgesloten, maar dan voor een buitenproportioneel hoge premie. Ik acht dit een onwenselijke situatie, omdat dit ertoe kan leiden dat patiënten met gezondheidsschade bij een faillissement achterin de rij met schuldeisers moeten aansluiten, terwijl de schade eigenlijk door een aansprakelijkheidsverzekering vergoed zou moeten worden. Daarom ben ik voornemens om dit punt nader te onderzoeken en te bezien of dit probleem met schadeverzekeraars tot een oplossing kan worden gebracht.

Rol van het Ministerie van VWS

Ook de rol van het Ministerie van VWS bij de beide faillissementen is aan de orde geweest in de interviewronde. Daarbij bleek dat er onder de geïnterviewden verschillende opvattingen bestaan over de mate waarin de Minister van VWS actief moet interveniëren bij ziekenhuizen in financiële problemen. Volgens sommigen zou het Rijk veel meer regie moeten voeren. Volgens anderen zou de overheid deze rol juist niet moeten spelen, omdat het aanpassing van het zorgaanbod aan veranderende omstandigheden zou belemmeren. Ik ben van mening dat we met het continuïteitsbeleid een juiste balans hebben gevonden tussen de verantwoordelijkheden van zorginstellingen, zorgverzekeraars en de overheid. Alleen in die gevallen waarin cruciale zorg in het gedrang komt en zorgverzekeraars hun zorgplicht uit overmacht niet kunnen waarmaken, dient de overheid in te grijpen. Door dit beleid worden partijen geprikkeld hun verantwoordelijkheden te nemen in plaats van naar de overheid te kijken voor oplossingen. Hierdoor ontstaat een stimulans voor partijen om die maatregelen te nemen die in het belang zijn van de continuïteit van de zorginstelling

Relatie tussen zorgverzekeraars en banken

In verschillende interviews is gesproken over de soms lastige relatie tussen zorgverzekeraars en banken. In de praktijk kunnen zorgverzekeraars door hun inkoopbeleid bepalend zijn voor het al dan niet voortbestaan van een zorgaanbieder. Banken hebben in principe geen invloed op dat besluit van zorgverzekeraars, terwijl zij wel geconfronteerd kunnen worden met de consequenties van dat besluit. Immers, als één of meerdere zorgverzekeraars geen contracten meer afsluiten met een zorgaanbieder in financiële problemen, dan kan dat leiden tot een faillissement, waardoor banken hun leningen niet meer afgelost zien worden en als schuldeiser achterblijven. In het licht hiervan kwam in de interviewronde ook naar voren dat de ontwikkeling waarbij zorgverzekeraars steeds vaker meerjarencontracten afsluiten voor banken een belangrijke ontwikkeling is. Op deze manier kunnen banken immers een betere risico-analyse maken bij het verstrekken van leningen. Ik zie in de praktijk dat deze meerjarige contracten meer en meer worden afgesloten, maar ben ook van mening dat deze ontwikkeling op verstandige wijze verder doorgevoerd kan worden. Juist in een transitie kan het omvormen van zorgaanbod tot wat de patiënt nodig heeft en vraagt, door meerjarenafspraken en over een termijn van een aantal jaren plaatshebben. Ik roep zorgverzekeraars daarom ook op, om daar waar nodig op basis van een regionale solide visie op de zorgontwikkeling, zorginstellingen meerjarige contracten af te laten sluiten. Ik heb dit ook al eerder opgenomen in mijn brief Kwaliteit Loont.

Rol en functie van de curator bij het afwikkelen van faillissementen

In de interviewronde kwam naar voren dat het voor curatoren niet eenvoudig is om direct na het faillissement, van het ene op het andere moment, verantwoordelijk te worden voor de kwaliteit van de zorg die in

het failliete ziekenhuis wordt geleverd. Het is immers niet evident dat curatoren gedegen kennis hebben van de zorg en in het bijzonder de aspecten die bepalend zijn voor het borgen van de kwaliteit van zorg. Vanwege de publieke belangen die spelen en de veelheid aan partijen die bij die zorg betrokken zijn, zijn er heel veel zaken waarmee rekening gehouden dient te worden. Het is daarom van belang dat de kennis en ervaring die door de betrokken curatoren is opgedaan wordt vastgelegd in een draaiboek. Op die manier kunnen de «lessons learned» beschikbaar komen voor andere curatoren en hoeft het wiel niet steeds opnieuw te worden uitgevonden. Ik zal daartoe het initiatief nemen samen met de betrokken curatoren, de IGZ en de NZa.

Wettelijke verankering van de fraude-signalerende taak van de curator

Conform mijn toezegging in het algemeen overleg (AO) goed bestuur van 11 juni 2015 (Kamerstuk 32 012, nr. 33) ga ik in deze brief ook nader in op de wettelijke verankering van de fraude-signalerende taak van de curator. Tijdens het genoemde AO is door de SP-fractie de vraag gesteld of de fraude-signalerende taak van de curator niet te zeer in knel komt, aangezien dit – volgens de leden van de SP-fractie – vaak een te lage prioriteit heeft.

De Minister van Veiligheid en Justitie heeft het afgelopen jaar drie wetsvoorstellen bij uw Kamer ingediend om laakbaar handelen bij of voorafgaand aan faillissementen steviger aan te pakken. Twee van die wetsvoorstellen[5] liggen momenteel in de Eerste Kamer en voorzien in de versterking van het instrumentarium om op te treden tegen faillissementsfraude. Het derde wetsvoorstel, namelijk het wetsvoorstel «versterking positie curator»[6] dat momenteel in uw Kamer ter behandeling voor ligt, regelt de fraude-signalerende taak voor curatoren. In dit wetsvoorstel worden de bestaande informatie- en medewerkingsverplichtingen van de failliete organisatie jegens de curator aangescherpt en verduidelijkt. Zo moet de curator bijvoorbeeld worden ingelicht over eventuele buitenlandse vermogensbestanddelen (zoals banktegoeden en onroerend goed) en moet hem medewerking worden verleend om daarover de beschikking te krijgen. Ook worden curatoren straks wettelijk verplicht om mogelijke onregelmatigheden (zoals vermoedens van fraude of het bewust duperen van schuldeisers) te melden bij de rechter-commissaris, wat nu nog niet het geval is. Vervolgens kan er een melding of aangifte van de fraude volgen. De maatregel vloeit voort uit het wetgevingsprogramma herijking van het faillissementsrecht (Kamerstuk 33 695, nr. 8). Ik acht dat de fraude-signalerende taak met deze aanvullende maatregelen voldoende wordt onderstreept en recht wordt gedaan.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

---

[5] Kamerstuk 33 994, nr. 2; en Kamerstuk 34 011, nr. 2
[6] Kamerstuk 34 253, nr. 2.

Bijlage I

Lijst met interviews voor de evaluatie Ruwaard van Putten en De Sionsberg

	naam	organisatie	functie	onderwerp interview
1	mevr. Ameling	Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ)	coördinator	Ruwaard van Putten
2	dhr. Bentfort van Valkenburg, dhr. Vermeeren	DVDW Advocaten, Buren N.V.	curatoren	Ruwaard van Putten
3	dhr. Boersma	Zorgbelang Zuid-Holland	directeur	Ruwaard van Putten
4	dhr. Gijzen	Zorgverzekeraar CZ	directeur zorg	Ruwaard van Putten
5	dhr. Kasteel	Ruwaard van Putten	lid oude raad van toezicht	Ruwaard van Putten
6	dhr. Lampe	Ruwaard van Putten	destijds voorzitter medische staf (momenteel werkzaam bij Spijkenisse Medisch Centrum)	Ruwaard van Putten
7	mevr. Muller, dhr. Martina	Zorgverzekeraar Achmea/ Zilveren Kruis	accountmanager zorginkoop regioteam zuid-west, inkoper landelijke inkoop Zilveren Kruis	Ruwaard van Putten
8	dhr. Van der Schaaf, dhr. Bal	Gemeente Nissewaard	wethouder, directeur cluster beleid en projecten	Ruwaard van Putten
9	dhr. Van Zoelen	Ruwaard van Putten	destijds interim-voorzitter raad van bestuur	Ruwaard van Putten
10	dhr. Verheul, dhr. Flink	Spijkenisse Medisch Centrum	leden raad van commissarissen	Ruwaard van Putten
11	dhr. Verveer	Spijkenisse Medisch Centrum	voorzitter raad van bestuur	Ruwaard van Putten
12	dhr. Boorsma	Gemeente Dokkum	wethouder	De Sionsberg
13	dhr. Brouwers	De Sionsberg	voorzitter medische staf (zowel voor als na faillissement)	De Sionsberg
14	mevr. De Graaf	Zorgbelang Fryslan	directeur (inmiddels niet meer werkzaam bij Zorgbelang Fryslan)	De Sionsberg
15	dhr. De Kok	Sionsberg (na overname)	lid raad van toezicht	De Sionsberg
16	dhr. Hoefsmit	De Sionsberg	destijds voorzitter raad van bestuur	De Sionsberg
17	mevr. Monissen	Zorgverzekeraar De Friesland	voorzitter raad van bestuur (inmiddels niet meer werkzaam bij De Friesland)	De Sionsberg
18	dhr. Silvius en dhr. Sturms	De Haan Advocaten & Notarissen	curatoren	De Sionsberg
19	dhr. Tulevski	Sionsberg (na doorstart)	CEO	De Sionsberg
20	dhr. Visser	De Sionsberg	lid cliëntenraad (tot de overname)	De Sionsberg
21	dhr. Visser, dhr. Cornelissen	Actiegroep Red de Sionsberg	voorzitter, secretaris (daarnaast waren er bij het interview nog zeven leden van de actiegroep aanwezig)	De Sionsberg
22	dhr. Kampen	Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ)	hoofd risico analyse	Ruwaard van Putten + De Sionsberg
23	dhr. Lugt, mevr. Enequist	Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	manager toezicht transparantie en zorgplicht, juridisch beleidsmedewerker	Ruwaard van Putten + De Sionsberg
24	dhr. Pot, dhr. Van Veenhuizen	BNG Bank	senior accountmanager bijzonder beheer, business manager gestructureerde financieringen	Ruwaard van Putten + De Sionsberg
25	dhr. Solleveld	Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	senior inspecteur	Ruwaard van Putten + De Sionsberg